

TILVÍSUN

Nafn barns	Kennitala	Heimasími
Lögheimili	Pnr.	Sveitarfélag
Foreldri 1/forráðamaður 1	Kennitala	Gsm
Netfang	Heimilisfang ef annað	
Foreldri 2/forráðamaður 2	Kennitala	Gsm
Netfang	Heimilisfang ef annað	
Heimilisfang/aðsetur barns ef annað en lögheimili		
Barnið býr hjá <input type="checkbox"/> Báðum foreldrum <input type="checkbox"/> foreldri 1 <input type="checkbox"/> foreldri 2 <input type="checkbox"/> Fósturforeldrum <input type="checkbox"/> Öðrum? _____		
Forsjá er hjá: <input type="checkbox"/> Báðum foreldrum <input type="checkbox"/> foreldri 1 <input type="checkbox"/> foreldri 2 <input type="checkbox"/> Fósturforeldrum <input type="checkbox"/> Öðrum? _____		
<input type="checkbox"/> Erlent foreldri, annað <input type="checkbox"/> bæði Upprunaland:		Þörf á túlki: <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
Þörf á sérstakri aðstoð vegna komu á Greiningarstöð:		

Heimilislæknir Staður: _____ Annar læknir: _____
Skóli
Hegðunarlistar sem liggja fyrir (óskað eftir úrvinnslugögnum) <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> CBCL <input type="checkbox"/> TRF <input type="checkbox"/> ASSQ <input type="checkbox"/> SDQ <input checked="" type="checkbox"/> M-CHAT <input type="checkbox"/> CARS—ST Annað: M-CHAT sent með
Sálfræðiþróf og þroskalistar sem liggja fyrir (óskað eftir úrvinnslugögnum og forsiðu greindarþrófa) <input type="checkbox"/> WISC <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> Bayley <input type="checkbox"/> Ísl. þroskalistinn <input type="checkbox"/> Smábarnalistinn Aðrar athuganir:
Aðrar athuganir sem þegar liggja fyrir (óskað er eftir niðurstöðum og forsiðu greindarþrófa) <input type="checkbox"/> Sálfræðimat <input type="checkbox"/> Heyrnapróf <input type="checkbox"/> Hreyfiþroskamát <input type="checkbox"/> Læknisrannsóknir <input type="checkbox"/> Sjónpróf <input type="checkbox"/> Mat á aðlögunarfærni <input type="checkbox"/> Málþroskamát Annað: Heyrnarmæling og málþroskamát sent með ef liggur fyrir
Núverandi þjónusta <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfun <input type="checkbox"/> Talþjálfun <input type="checkbox"/> Sérkennsla <input type="checkbox"/> Félagsleg aðstoð Annað:
Sjúkrahúslegur/alvarleg veikindi
Frumgreining <input type="checkbox"/> Þroskahömlun <input type="checkbox"/> Hreyfihömlun <input type="checkbox"/> Einhverfurófsröskun. <input type="checkbox"/> Blinda/sjónsk Önnur, hver: Grunur um röskun á einhverfurófi.
Markmið tilvísunar Óskað er eftir nánari athugun á þroska ásamt ráðgjöf til foreldra og leikskóla. DÆMI UM ATRIÐI SEM GOTT ER AÐ KOMI FRAM : Lýsing á 18 mán skoðun; áhyggjur foreldra, 18 mán þroskamát (orðaforði, bendingar, skilningur o.fl.), klínískt mat (augnsamband, hvort bregst við nafni, sameini athygli, ímyndunarleikur . .). Niðurstöður úr M-CHAT og M-CHAT/R eftirfylgdarviðtali. Heilsufarssaga (upplýsingar varðandi fæðingu, fyrstu mánuði, ?óværd, ?næringarvandamál, heilsufar o.fl.) Fjölskyldusaga Félagslegar aðstæður
Önnur fylgigögn
Frumgreining kynnt fyrir foreldrum/forráðamönnum <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei
Foreldrar/forráðamenn samþykkja tilvísun á GRR



Greiningar- og
ráðgjafarstöð ríkisins

Foreldri 1 Foreldri 2 Báðir Annað, hvað?

Annað sem tilvísandi vill taka fram

Tilvísandi, vinnustaður og starfsheiti, dagsetning, undirskrift